



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2017 N°11

Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétents pour prendre en charge des patients en fin de vie ?

Auto-évaluation par questionnaire auprès de 340 internes des facultés de Strasbourg, Lyon et Marseille.

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **26 janvier 2017**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

LUTZ Colombar

Né le 19/04/1987 à Schiltigheim

Sous la direction du Docteur Héloïse TRICHARD USP CH de Valence

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de	Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales	
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est Président	Doyen : Gilles RODE Frédéric FLEURY
Président du Comité de	Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales	
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques VINCIGUERRA Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des	Directeur : Yannick VANPOULLE

Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Polytech Lyon

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T.

Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières

Directeur : Nicolas LEBOISNE

Et Assurances (ISFA)

Observatoire de Lyon

Directrice : Isabelle DANIEL

Ecole Supérieure du Professorat
MOUGNIOTTE

Directeur : Alain

Et de l'Education (ESPE)

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie

Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire

Chalabreyse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS

Professeur de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

A notre Maître et juge

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Professeur émérite de médecine légale et droit de la santé

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse.

Recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Marilène FILBET

Professeur associé en thérapie

Vous nous honorez en acceptant d'évaluer ce travail.

Veillez recevoir nos remerciements respectueux.

A notre Juge et Directrice de Thèse

Madame le Docteur Héroïse TRICHARD

Praticien hospitalier dans l'unité de soins palliatifs du centre hospitalier de Valence

Qui a bien voulu encadrer ce travail qui lui tenait à coeur et nous assister de ses sages et précieux conseils.

Nous avons eu le privilège de faire nos premiers pas en soins palliatifs à ses côtés. Elle nous a séduit par les qualités de son enseignement alliées à une grande bonté.

Qu'elle veuille bien trouver ici l'expression de notre très respectueuse admiration.

A ma mère

A qui je dois tout. Elle n'a cessé de me prodiguer son amour, bien le plus inestimable. Un grand merci pour son soutien pendant toutes ces années et pour m'avoir aidé à me construire. Qu'elle trouve ici le témoignage de ma reconnaissance, de mon admiration pour son courage et toute ma tendresse.

A mon père

Sa bonté, son humanisme et sa modestie font l'objet de notre admiration. Il est pour nous le meilleur des exemples. Puis-je rester toujours digne de lui.

A ma femme

Sa manière noble de soigner, son empathie débordante, son ouverture d'esprit nous ont rendu meilleur dans le soin mais aussi dans la vie. En témoignage de mon éternel amour.

A mes soeurs et frères

Leurs soutiens et leurs enseignements font de moi qui je suis.

A mes belles-soeurs et à mes beaux-frères

A ma belle mère

Merci pour son soutien et le temps passé à corriger ce travail.

A mon beau-père

Qui nous a accueilli comme un fils et nous fait profiter de sa sagesse et sa grande expérience des hommes

A mes amis Paul, François, Christophe, Philippe.

A mes co-internes et amis

A mes séniors

Madame le Docteur Catherine LACROIX, Monsieur le Docteur Didier NOEL, Thierry STOULS, Jean-Michel SUBTIL.

A ceux dont les voix se sont tues

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
MATERIEL ET METHODE	8
Type d'étude	8
Définition de la population	8
Elaboration du questionnaire	9
Définition des facteurs à mettre en lien avec le sentiment de compétence	10
Méthodologie d'administration du questionnaire / procédure de relance	11
Analyse statistique	11
RÉSULTATS	12
Population étudiée	12
Formation initiale	13
Formation pratique	13
Formation théorique	14
Acquisition des compétences	15
Questions préliminaires	15
Auto-évaluation des compétences	16
Compétences en fonction du nombre de patients pris en charge	18
Compétences en fonction du nombre d'heures de formation	19
Compétences en fonction de la faculté d'origine	21
Compétences en fonction des terrains de stage	22
EVA moyenne en fonction du niveau d'étude	23
Amélioration de la formation	24
DISCUSSION	27
Discussion sur la méthode	27
Choix de la population	27
Choix d'un questionnaire	28
Choix de l'auto évaluation	28
Choix des critères d'évaluation des compétences	28
Le trépied de la formation en soins palliatifs	28
La marguerite des compétences en médecine générale	29
Certaines thématiques abordés dans l'étude de Poiceaux et Texier	30
Choix du critère de jugement	30
Choix des questions concernant l'amélioration dans la formation	31
Choix de la méthode de diffusion du questionnaire	32
Biais de l'étude	33
Discussion sur les résultats	33
	16

Première partie : Profil	33
Deuxième partie : Formation initiale	33
Formation pratique	33
Formation théorique	34
Troisième partie : Auto-évaluation	34
Quatrième partie : Amélioration dans la formation	37
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXE 1 : LA FORMATION EN SOINS PALLIATIFS EN FRANCE	43
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE	45
CONCLUSIONS SIGNÉES	

LISTE DES TABLEAUX et FIGURES

- Tableau 1. Détail de la population de l'étude
- Tableau 2. Codage d'autoévaluation des compétences
- Tableau 3. Différents lieux de stages
- Tableau 4. Estimation du nombre de patients en fin de vie pris en charge
- Tableau 5. Estimation du nombre d'heures de formation
- Tableau 6. Formations théoriques suivies au cours de l'internat
- Tableau 7. Analyse des réponses à la question libre
- Tableau 8. Auto-évaluation des compétences en (%)
- Tableau 9. Fusion des auto-évaluation des réponses 3 et 4 (%)
- Tableau 10. Moyennes des auto-évaluations en fonction du nombre de patients
- Tableau 11. Moyennes des auto-évaluations en fonction du nombre d'heures de formation
- Tableau 12. Moyennes des auto-évaluations en fonction de la faculté d'origine
- Tableau 13. Moyennes des auto-évaluations en fonction des terrains de stage
- Tableau 14. Amélioration de la formation
-
- Figure 1. Taux de réponse par université
- Figure 2. Niveau d'étude des répondants
- Figure 3. Représentation de la répartition des EVA
- Figure 4. EVA moyenne en fonction du nombre de patients pris en charge
- Figure 5. EVA moyenne en fonction du nombre d'heures de formation
- Figure 6. EVA moyenne en fonction de la faculté d'origine
- Figure 7. EVA moyenne en fonction du niveau d'étude
- Figure 8. Estimation par les internes des besoins pour améliorer leur formation

INTRODUCTION

En France, 60% des personnes qui décèdent étaient susceptibles de relever d'une prise en charge incluant des soins palliatifs plus ou moins complexes, soit 322 158 personnes chaque année. Les personnes qui bénéficient de soins palliatifs décèdent plus souvent à l'hôpital (64%) que la population générale (58%) [1].

La fin de vie est devenue depuis quelques années un enjeu de santé publique. En 1998, Bernard Kouchner, secrétaire d'État chargé de la santé, déclare que «les soins palliatifs et la douleur sont une priorité de santé publique». Le plan triennal 1999-2001 a entraîné plusieurs actions de formation ainsi que la création de nouvelles structures de soins. On commence à voir la notion de développement des soins palliatifs à domicile en 2002 dans un des trois axes de ce nouveau plan triennal.

On constate plus tard dans les conclusions du plan 2008-2012 qu'il persiste un déficit du déploiement des soins palliatifs à domicile. De ce fait dans le nouveau plan 2015-2018 le troisième axe d'intervention entend combler ce manque [2,3].

Les médecins d'aujourd'hui et de demain sont amenés à soigner une population qui a changé. En France comme dans d'autres pays développés la médecine moderne déploie sans cesse une technicité qui permet de prolonger la vie sans empêcher in fine la dégradation de l'état de santé des personnes. Cette médecine a rendu incertaines les frontières de la vie et tente de repousser sans cesse celles de la mort.

Il existe par ailleurs une véritable "transition épidémiologique " comme l'expliquait Picheral en 1989. Ainsi l'amélioration des conditions de vie, le développement de l'hygiène publique et les progrès constants de la médecine entraînent le passage d'une espérance de vie courte où la mort est causée avant tout par les maladies infectieuses et infantiles à une espérance de vie plus longue dominée par d'autres types de pathologies essentiellement chroniques [4].

La fin de vie à domicile est un souhait largement partagé. Selon un sondage, 81% des français déclarent vouloir «passer leurs derniers instants chez eux» [5]. Ces chiffres, très similaires à ceux observés dans d'autres pays européens, témoignent d'une réelle préoccupation quant au lieu de la fin de vie. En 1962, le rapport Laroque proposait à la société française une éthique du vivre ensemble à travers une politique de «maintien à domicile», afin de permettre aux gens qui vieillissent de conserver leur place dans la société. Malgré cela, le nombre de décès à domicile décroît avec 32,8% en 1980 ,28,6% en 1990, 26,35% dans les années 2000 et 24,1% en 2015 [6].

Le médecin généraliste, encore parfois nommé médecin de famille, accompagne ses patients souvent sur plusieurs générations. De la prévention, en passant par les petits maux passagers, les pathologies graves, les urgences il accompagne et suit ses patients à chaque étape de leur vie.

Il est également le médecin référent et coordinateur dans de nombreuses situations. Ainsi en France, la loi confère au médecin généraliste un rôle de pivot dans la prise en charge à domicile et notamment dans la prise en charge de la fin de vie [7].

Cette description du rôle du médecin généraliste fait écho à celle de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* branche europe (WONCA europe) de 2002. Dans cette nouvelle définition on retrouve clairement que la “*prestation de soins à visée palliative*” fait partie intégrante de l’activité professionnelle du médecin généraliste [8].

L’année 2016 a été marquée par l’adoption de la loi Léonetti Claeys dans laquelle le rôle du médecin traitant dans la prise en charge de la fin de vie a encore évolué. Cette loi donne plus d’importance à la prise en charge à domicile en stipulant dans l’article 4 que «toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d’être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet» [9].

Les compétences des médecins généralistes en matière de prise en charge de la douleur ont considérablement progressé. Cependant, dans la littérature, les praticiens interrogés désignent ouvertement le manque de formation parmi leurs difficultés principales. Seuls 2,5% d’entre eux ont été formés aux soins palliatifs [10].

En France la formation universitaire initiale en matière de soins palliatifs ne s’est développée qu’à partir de 1992 [11]; elle est actuellement devenue un enjeu important pour le gouvernement [3,9]. La formation proposée actuellement aux internes de médecine générale au cours du troisième cycle est présentée en annexe 1.

La société, la population et la demande de soins ont évolué ce qui nous a conduit à nous intéresser à la formation en soins palliatifs des internes de médecine générale, médecins de demain et pour ce faire à réaliser une étude d’auto-évaluation par questionnaire.

L’objectif principal de ce travail sera d’évaluer le sentiment de compétence des internes, en fin de cursus, à la prise en charge de la fin de vie à domicile.

L’objectif secondaire évaluera les facteurs favorisant et limitant cet apprentissage.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée par questionnaires à partir de données récoltées dans trois facultés françaises : Strasbourg, Lyon, Marseille.

2. Définition de la population

Dans notre étude nous avons inclus l'ensemble des internes volontaires des trois facultés considérés comme étant en fin de cursus ou ayant terminé leur internat.

Le choix de la population de médecins en fin de formation répondait à la volonté d'interroger des personnes à une période clef de leur formation avec à la fois un regard frais sur leur formation d'interne et une pratique débutante en médecine générale.

Ainsi le questionnaire a été envoyé, par mailing liste, à l'ensemble des internes de 6^{ème} semestre et ceux ayant terminé leur internat depuis moins d'un an. Le nombre des internes a été fourni par les différents secrétariats des départements de médecine générale (tableau 1).

Tableau 1. Détail de la population de l'étude

Facultés	6ème semestre	< 1 an post internat	Total
Strasbourg	104	99	203
Lyon	183	172	355
Marseille	198	133	331
Total			889

3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire était anonyme.

Il a fait l'objet de plusieurs versions. Chacune d'elle a été testée sur un échantillon de trois internes du centre hospitalier de Valence, puis modifié en fonction des commentaires. La version finale a bénéficié d'une étude préalable sur 6 internes ce qui a permis de vérifier la cohérence et la faisabilité de celui-ci et ainsi de déterminer le temps moyen de réponse estimé soit environ 6 minutes sur support papier. Nous avons également testé la cohérence des questions sur trois médecins travaillant dans un service de soins palliatifs.

Ce questionnaire est constitué de 31 items se divisant en 4 parties ([Annexe 2](#)) :

- La première partie servait à déterminer le profil des répondants. Celui-ci était basé sur l'âge , le sexe , la faculté de rattachement durant l'internat et l'avancé de l'étudiant dans son internat.

- La deuxième partie étudiait la formation des internes au cours du troisième cycle. Il s'agissait de s'intéresser aux deux versants de la formation médicale des internes.
Le premier, théorique avec le nombre d'heures de formation et le type de formation effectué au cours de l'internat de médecine générale.
Le second versant était pratique avec une question portant sur les différents terrains de stage : les stages en soins palliatifs et les stages dans des structures ayant une expérience en soins palliatifs (gériatrie , médecine adulte avec des lits de cancérologie et en hospitalisation à domicile HAD). Le versant pratique comportait également une question sur le nombre de patients en fin de vie pris en charge au cours de l'internat.

- La troisième partie proposait aux internes une auto-évaluation de leurs compétences en soins palliatifs à partir de 10 items. Cette partie permettait de déterminer le sentiment de compétence des internes. Usher et al définissaient en 2006 le sentiment d'efficacité personnelle comme une construction puisant à plusieurs sources, le soutien social et l'expérience de la réussite. Le soutien social désigne les *feed-back* positifs et les encouragements prodigués par les personnes significatives de l'entourage, notamment les enseignants. Par expérience de la réussite il faut entendre le jugement porté sur les performances accomplies, qui dépend à la fois du niveau réel des performances et de normes personnelles [12]. L'ensemble des dix items étaient codés selon une grille d'évaluation ([tableau 2](#)). Nous avons terminé

cette partie par une évaluation à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA).

Tableau 2. Codage d'autoévaluation des compétences

4	Je suis confiant dans mes capacités à déployer cette compétence
3	Je maîtrise cette compétence mais je peux encore l'améliorer
2	Mes capacités ou ma pratique sont insuffisantes et doivent être améliorées
1	Mes capacités ou ma pratique dans ce domaine sont faibles, je devrais y travailler très sérieusement
NP	Je n'ai pas besoin de cette compétence pour ma pratique

- La quatrième partie portait sur les améliorations à apporter à la formation.

Certains items du questionnaire ont été calqués sur une étude récente [13] réalisée par Poinceaux et Texier portant sur les compétences des internes de médecine générale en soins palliatifs. Ceci permettra une meilleure comparaison des résultats par la suite. Cette étude multicentrique a été réalisée sur quatre facultés de médecine, différentes de notre étude : Clermont-Ferrand, Nantes, Rennes et Toulouse.

4. Définition des facteurs à mettre en lien avec le sentiment de compétence

Les différents facteurs à mettre en lien avec le sentiment de compétence dans notre étude étaient :

- L'université de rattachement au cours du troisième cycle.
- La formation théorique avec le nombre d'heures de formation et le type de formation (afin d'identifier quelles formations sont les plus efficaces et s'il existe une différence).
- La formation pratique (afin d'identifier les stages les plus formateurs et s'il existe une différence entre la formation hospitalière et la formation ambulatoire).
- Le nombre de patients en fin de vie pris en charge au cours de l'internat.

5. Méthodologie d'administration du questionnaire / procédure de relance

Le questionnaire a été réalisé à l'aide de google forms et envoyé par email via mailing list fournies par les différentes facultés. Le questionnaire pouvait être renvoyé uniquement si l'ensemble des items avaient été correctement complétés. Seules les questions libres n'étaient pas obligatoires. Cette méthode permettant l'analyse de toutes les réponses sans faire d'exclusion. Nous avons effectué trois relances.

La réception des réponses a été effectuée du 30 Mai 2016 au 30 septembre 2016 .

6. Analyse statistique

Les réponses ont été codées à l'aide d'un tableur sur google sheets. Toutes les informations ont été exprimées en nombre et en pourcentage.

RÉSULTATS

1. Population étudiée

Les internes ciblés par le questionnaire étaient au nombre de 889, le taux de participation obtenu a été de 38,24% (n=340). Tous les questionnaires ont pu être analysés.

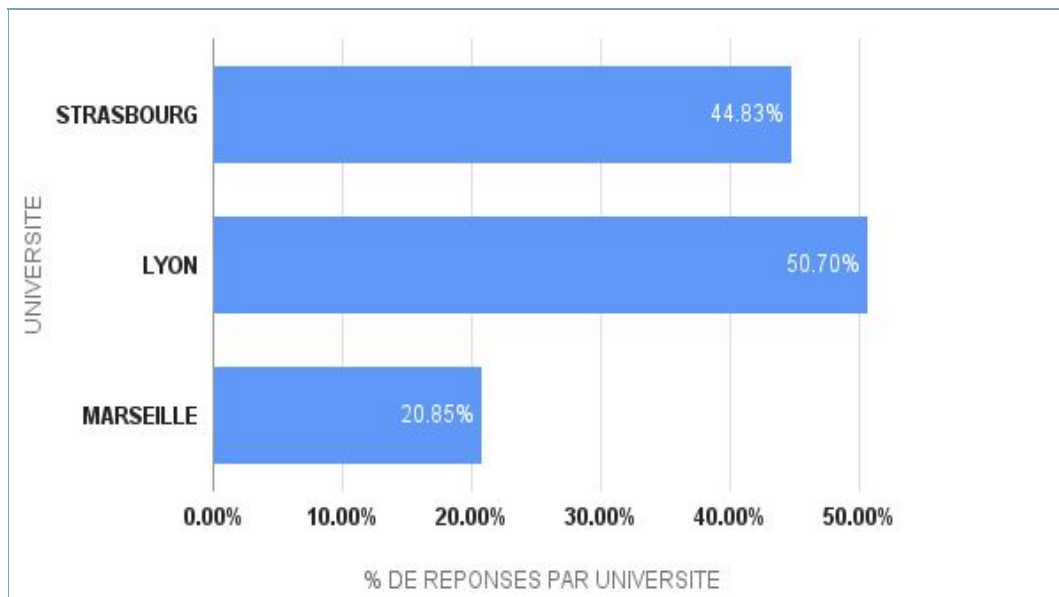
La majorité des répondants était de sexe féminin (68,2%)

La moyenne d'âge était de 28,38 ans (de 25 à 50 ans) avec un écart-type de 2,24.

Le pourcentage des répondants à cette étude était de 52,9% (n=180) pour Lyon suivi par Strasbourg avec 26,8% (n=91) et Marseille avec 20,3% (n=69).

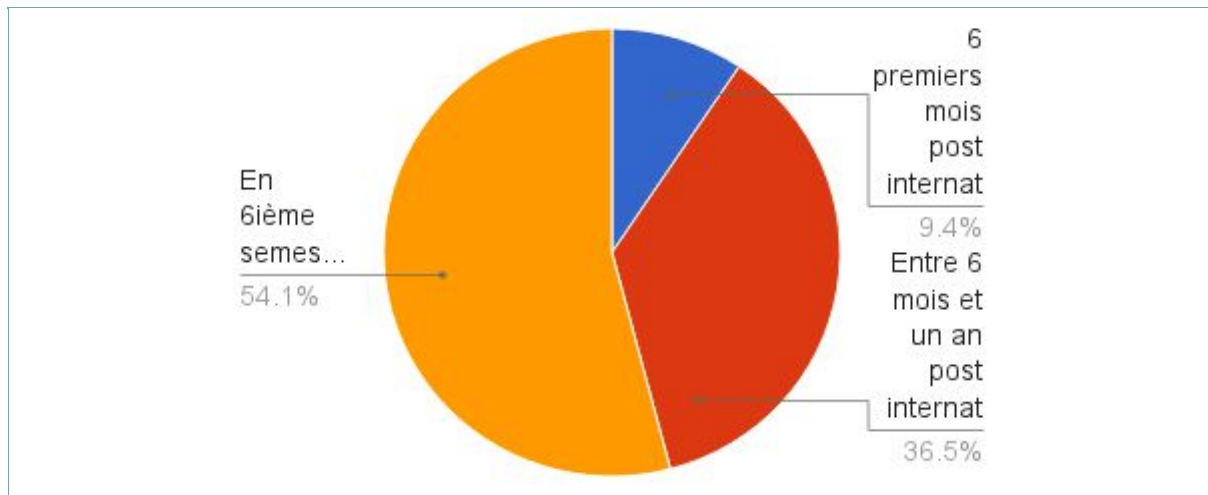
Les trois facultés étant de taille différente nous avons également exprimé le taux de réponses par université. On retrouvait ainsi que plus de 45 % des internes Lyonnais et Strasbourgeois avaient répondu au questionnaire (figure 1).

Figure 1. Taux de réponse par université



Le niveau d'étude est apprécié selon la [figure 2](#). La répartition entre les internes en 6ème semestre (54,1%) et ceux ayant terminé leur internat depuis moins d'un an (45,9%) était homogène.

Figure 2. Niveau d'étude des répondants



2. Formation initiale

- Formation pratique

Dans la population étudiée, 10,3% (n=35) avaient effectué un stage en unité de soins palliatifs. Les différents stages réalisés par les internes qui ont répondu sont représentés dans le [tableau 3](#).

Tableau 3. Différents lieux de stages

Stage	Nombre d'internes	% d'internes
Soins palliatifs	35	10,3 %
Gériatrie	195	57,4 %
Médecine adulte avec lits de cancérologie	199	58,5 %
<i>Gériatrie et Médecine adulte avec lits de cancérologie</i>	101	30 %
HAD	23	6,8 %

Au cours de leurs stages hospitaliers 99,4% (n=338) des internes répondaient avoir pris en charge des patients en fin de vie et 33,5% (n=114) au cours des stages ambulatoires (praticien et SASPASS).

Plus de la moitié des internes estimaient avoir pris en charge plus de 10 patients en fin de vie au cours de leur internat (tableau 4).

Tableau 4. Estimation du nombre de patients en fin de vie pris en charge

Nombre de patients	Nombre d'internes	% d'interne
0	1	0,3%
1 à 5 patients	67	19,7%
6 à 10 patients	91	26,8%
11 à 30 patients	111	32,6%
Plus de 30 patients	70	20,6%

- Formation théorique:

Concernant la formation théorique, plus de 80% des internes interrogés l'estimaient à moins de 5h (toutes formations confondues) (tableau 5).

Tableau 5. Estimation du nombre d'heures de formation

Nombre d'heures de formation	Nombre d'internes	% d'interne
Inexistante	76	22,4%
0 à 5 heures	205	60,3%
6 à 10 heures	36	10,6%
11 à 15 heures	7	2,1%
Plus de 15 heures	16	4,7%

Plus de la moitié des internes avaient suivi une formation au cours de leurs stages hospitaliers, un tiers une formation théorique dispensée par le département de médecine générale et un tiers déclare n'en avoir suivi aucune (tableau 6).

Tableau 6. Formations théoriques suivies au cours de l'internat

Formations suivies	Nombre d'internes	% d'interne
DU/DESC de soins palliatifs	7	2,1%
Formation théorique dispensée par le DMG	99	29,1%
Formation théorique dispensée au cours des stages hospitaliers	180	52,9%
Formation théorique dispensée au cours des stages ambulatoires	17	5%
Aucune	109	32,1%

3. Acquisition des compétences

- Questions préliminaires

Les questions préliminaires à cette troisième partie révélèrent que les internes estimaient insuffisante leur formation théorique à 81,2% (n=276) et pratique à 67% (n=228).

Ensuite 92,9% (n=316) des internes pensaient avoir acquis le plus de connaissance dans le domaine des soins palliatifs au cours de leurs stages hospitaliers, 3,5% (n=12) au cours des stages ambulatoires et 3,5% (n=12) au cours des formations théoriques.

Nous avons obtenu 80,8% (n=275) de réponse à la question libre intitulée : *Comment qualifieriez-vous votre formation globale dans le domaine des soins palliatifs ?*

Nous avons réalisé une analyse manuelle des réponses qui a permis d'isoler des thématiques pour classer ces réponses (tableau 7).

Tableau 7. Analyse des réponses à la question libre

Réponses positives (34)	Bonne (16), satisfaisante(6), suffisante(8), très enrichissante(3) Excellente(1)
Réponses négatives (144)	insuffisante(91), faible (4), nulle (9), absente(1), mauvaise (7), inexistante (12), superficielle (2), inadéquate (2), incomplète(2), médiocre(4), minimaliste (2), limitée(2), pauvre (2) pas assez(3),succincte(1)
Réponses moyennes (19)	acceptable(1) moyenne (18)
Expressions (23)	Sur le tas(13), HAD(7), autoformation(3)

- Auto-évaluation des compétences

L'auto évaluation de l'acquisition des connaissances des internes dans le domaine des soins palliatifs est résumé dans le [tableau 8](#). (% arrondis à 0.5 près)

Tableau 8. Auto-évaluation des compétences en (%)

EVALUATION	NP	1	2	3	4
Utilisation des morphiniques	2 (0.5%)	16 (5%)	80 (23.5%)	195 (57%)	47 (14%)
Utilisation hypnovel	18 (5.5%)	66 (19.5%)	113 (33%)	112 (32%)	31 (9%)
Gestion des symptômes inconfort hors douleur	3 (1%)	34 (10%)	149 (44%)	137 (40%)	17 (5%)
Gestion entourage du patient	2 (0.5%)	18 (5%)	93 (27.5%)	191 (56%)	36 (11%)
Gestion prise en charge psychologique du patient	2 (0.5%)	32 (9.5%)	144 (42%)	145 (43%)	17 (5%)
Coordination soins avec HAD	8 (2%)	94 (27.5%)	133 (39%)	82 (24%)	23 (7%)
Coordination des soins dans le cadre d'un travail en équipe	7 (2.06%)	55 (16%)	129 (38%)	123 (36%)	26 (7.6%)
Aborder la question de la fin de vie avec vos patients	1 (0.3%)	27 (8%)	98 (29%)	165 (48.5%)	49 (14.5%)
Faire remplir et expliquer directives anticipées à vos patients	8 (2.35%)	58 (17%)	125 (36.5%)	122 (36%)	28 (8%)
Élaborer un raisonnement éthique face à une situation complexe de fin de vie	4 (1%)	37 (11%)	135 (40%)	135 (40%)	29 (8.5%)

Nous avons ensuite fusionné les réponses codées 3 et 4 pour une meilleure visibilité ([Tableau 9](#)).

On peut alors constater que pour seulement trois thèmes (*Aborder la question de la fin de vie avec vos patients/Gestion de l'entourage du patient/Utilisation des morphiniques*) il existe plus de 50% des internes interrogés qui semblent avoir acquis assez de connaissances pratiques et théoriques.

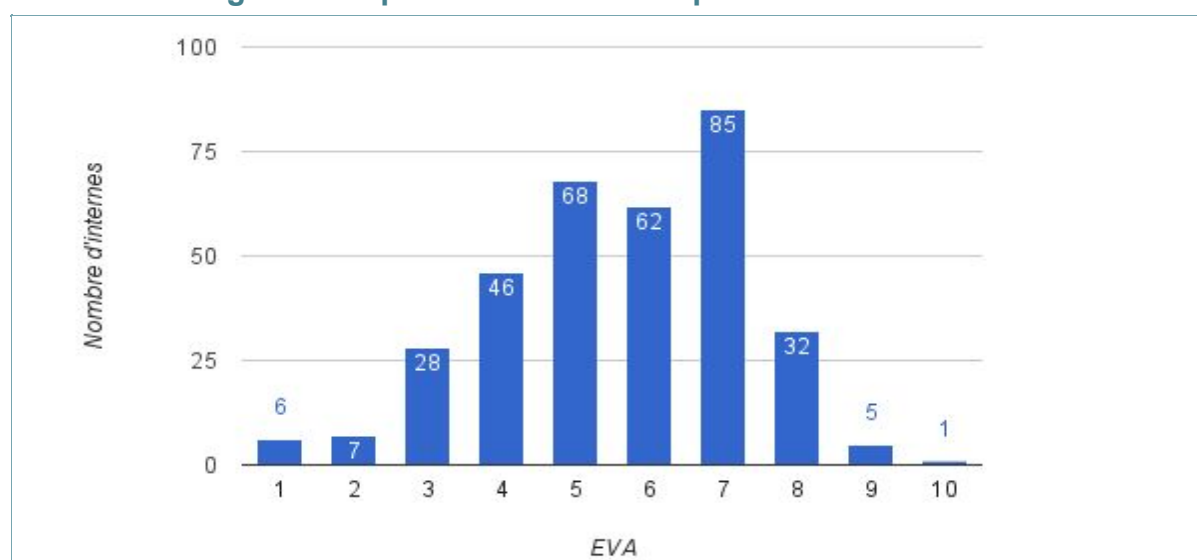
Par ailleurs la coordination des soins avec l'HAD semble être le domaine qui pose le plus de soucis aux internes. En effet seulement 30,9% des répondants déclarent maîtriser cette question.

Tableau 9. Fusion des auto-évaluation des réponses 3 et 4 (%)

EVALUATION	3+4
Coordination des soins avec l'HAD	30.9%
Utilisation hypnovel	42.1%
Coordination des soins dans le cadre d'un travail en équipe	43.8%
Faire remplir et expliquer directives anticipées à vos patients	44.1%
Gestion des symptômes inconfort hors douleur	45.3%
Gestion de la prise en charge psychologique du patient	47.6%
Élaborer un raisonnement éthique face à une situation complexe de fin de vie	48.2%
Aborder la question de la fin de vie avec vos patients	62.9%
Gestion de l'entourage du patient	66.8%
Utilisation des morphiniques	71.2%

Il était demandé aux internes d'évaluer de manière générale, à l'aide d'une EVA, leurs capacités à prendre en charge des patients en fin de vie à domicile. La projection de ces EVA est représentée sur la [figure 3](#). La moyenne de ces EVA était de 5,6 sur 10 et 54% (n=185) ont une EVA supérieur à 5.

Figure 3. Représentation de la répartition des EVA



- Compétences en fonction du nombre de patients pris en charge

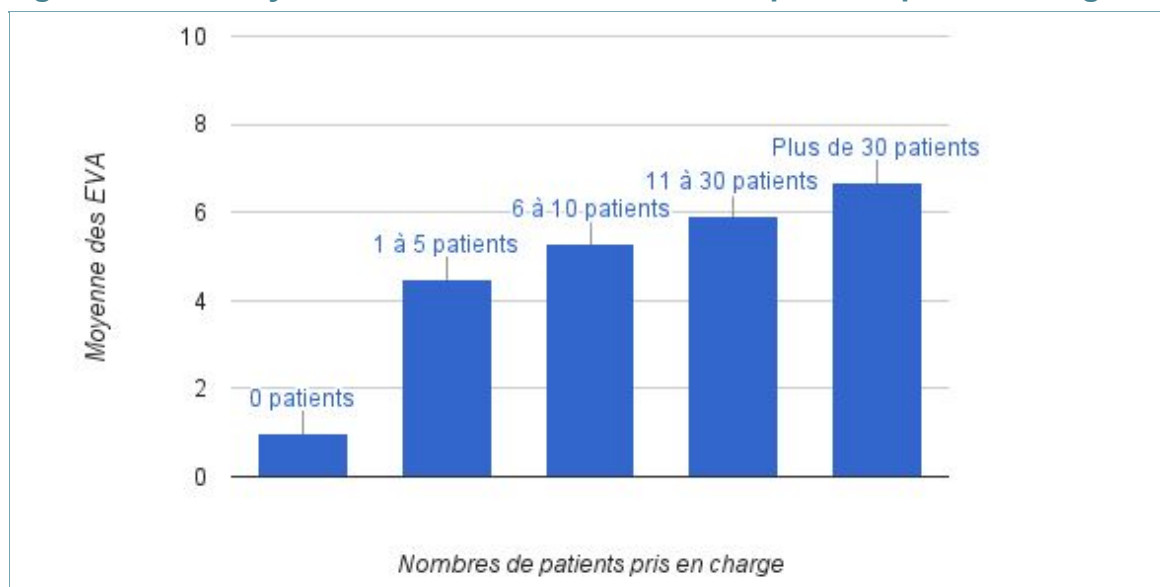
L'analyse des compétences en fonction du nombre de patients pris en charge au cours de l'internat permet de visualiser pour chaque question une amélioration croissante de la moyenne des réponses (de 1 à 4) comme le montre le [tableau 10](#).

Tableau 10. Moyennes des auto-évaluations en fonction du nombre de patients

EVALUATION	0 patient	1-5 patients	6-10 patients	11-30 patients	Plus de 30 patients
Utilisation des morphiniques	1.0	2.5	2.6	2.9	3.3
Utilisation hypnovel	1.0	1.7	2.1	2.4	3.0
Gestion des symptômes inconfort hors douleur	1.0	2.1	2.2	2.5	2.9
Gestion de l'entourage du patient	1.0	2.4	2.6	2.9	3.0
Gestion de la prise en charge psychologique du patient	1.0	2.2	2.2	2.6	2.7
Coordination des soins avec l'HAD	1.0	1.8	2.0	2.2	2.5
Coordination des soins dans le cadre d'un travail en équipe	1.0	2.1	2.2	2.4	2.8
Aborder la question de la fin de vie avec vos patients	1.0	2.4	2.5	2.9	3.0
Faire remplir et expliquer directives anticipées à vos patients	1.0	2.2	2.1	2.5	2.6
Élaborer un raisonnement éthique face à une situation complexe de fin de vie	1.0	2.2	2.3	2.6	2.7
Moyenne des 10 items	1.0	2.2	2.3	2.6	2.8
EVA	1.0	4.5	5.3	5.9	6.7

On retrouve également une évolution croissante de la moyenne des EVA en fonction du nombre de patients pris en charge au cours de l'internat (Figure 4).

Figure 4. EVA moyenne en fonction du nombre de patients pris en charge



- Compétences en fonction du nombre d'heures de formation:

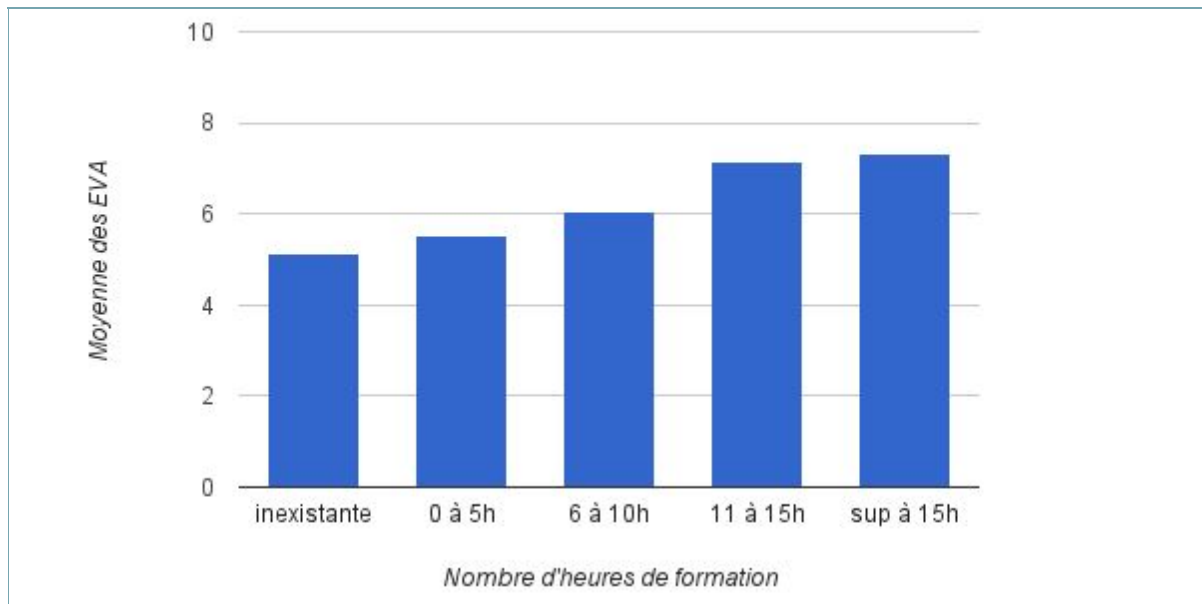
L'analyse des réponses aux questions de l'auto-évaluation montre également une augmentation de la compétence déclarée avec l'augmentation des heures de formation (Tableau 11).

En revanche la différence entre les EVA moyennes pour les étudiants ayant déclaré l'absence de formation théorique suivie et ceux ayant effectué plus de 15 heures de formation est moins importante que la différence retrouvée précédemment avec le nombre de patients pris en charge (Figure 5).

Tableau 11. Moyennes des auto-évaluations en fonction du nombre d'heures de formation

EVALUATION	inexistante	0 à 5h	6 à 10h	11 à 15h	sup à 15h
Utilisation des morphiniques	2.6	2.8	2.9	3.0	3.3
Utilisation hypnovel	2.2	2.3	2.3	2.4	3.3
Gestion des symptômes inconfort hors douleur	2.2	2.4	2.6	2.6	3.1
Gestion de l'entourage du patient	2.5	2.7	2.9	2.9	3.2
Gestion de la prise en charge psychologique du patient	2.4	2.4	2.6	2.6	2.8
Coordination des soins avec l'HAD	2.0	2.1	2.0	2.9	2.5
Coordination des soins dans le cadre d'un travail en équipe	2.1	2.4	2.3	3.0	2.8
Aborder la question de la fin de vie avec vos patients	2.6	2.6	3.0	3.0	3.2
Faire remplir et expliquer directives anticipées à vos patients	2.2	2.4	2.3	2.3	2.6
Élaborer un raisonnement éthique face à une situation complexe de fin de vie	2.3	2.5	2.6	2.9	2.9
Moyenne des 10 items	2.3	2.5	2.5	2.7	3.0
EVA	5.1	5.5	6.1	7.1	7.3

Figure 5. EVA moyenne en fonction du nombre d'heures de formation



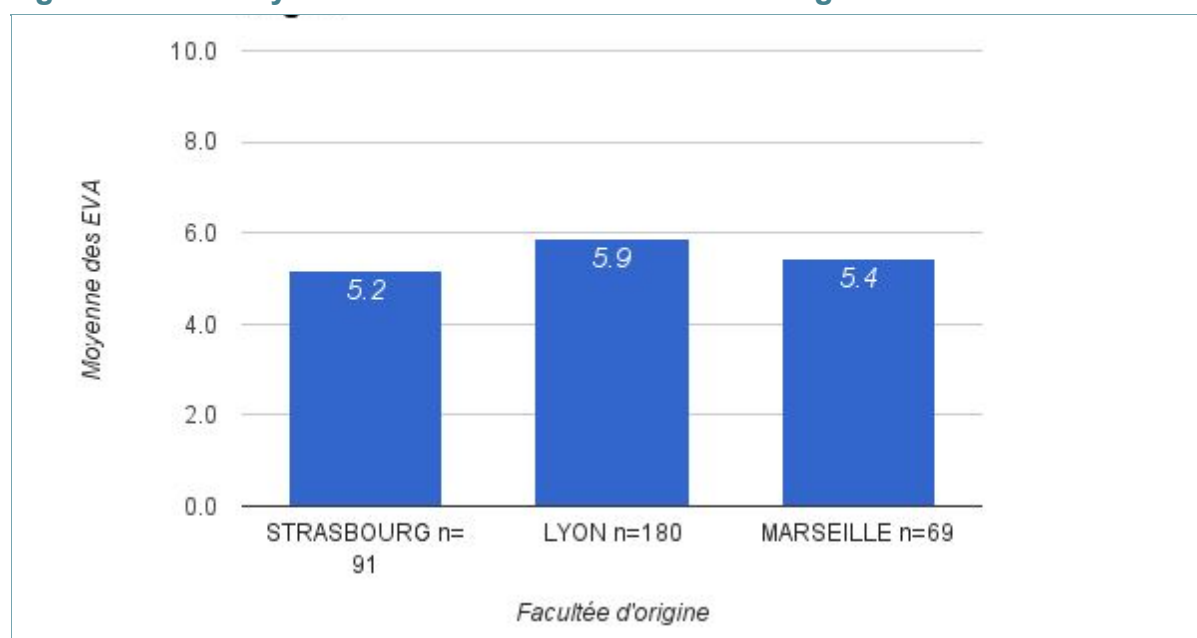
- Compétences en fonction de la faculté d'origine :

Enfin nous avons comparé les auto-évaluations en fonction des facultés d'origine. Ainsi nous avons mis en évidence qu'il n'existait pas de variation importante entre les facultés d'origine en ce qui concerne la moyenne des EVA (Figure 6). Il existait par ailleurs des différences dans certains items comme par exemple la question de l'utilisation de l'hypnovel (Tableau 12).

Tableau 12. Moyennes des auto-évaluations en fonction de la faculté d'origine

EVALUATION	STRASBOURG n=91	LYON n=180	MARSEILLE n=69
Utilisation des morphiniques	2.6	2.9	2.9
Utilisation hypnovel	1.9	2.5	2.5
Gestion symptômes inconfort hors douleur	2.3	2.5	2.4
Gestion de l'entourage du patient	2.6	2.8	2.7
Gestion de la prise en charge psychologique du patient	2.5	2.5	2.3
Coordination des soins avec l'HAD	2.0	2.2	1.9
Coordination des soins dans le cadre d'un travail en équipe	2.1	2.5	2.3
Aborder la question de la fin de vie avec vos patients	2.7	2.7	2.7
Faire remplir et expliquer directives anticipées à vos patients	2.3	2.5	2.1
Elaborer un raisonnement éthique face à une situation complexe de fin de vie	2.4	2.5	2.5
Moyenne des 10 items	2.3	2.5	2.4
Moyenne des EVA	5.2	5.9	5.4

Figure 6. EVA moyenne en fonction de la faculté d'origine



- Compétences en fonction des terrains de stage:

La moyenne des 10 items et la moyenne des EVA des internes en fonction des terrains de stage montre que les stages en soins palliatifs sont ceux qui ont les moyennes les plus élevées.

Ensuite ce sont les internes qui ont réalisé à la fois un stage en gériatrie et un stage en médecine adulte avec lit de cancérologie.

Puis ce sont les stages de médecine adulte avec lit de cancérologie.

Enfin on retrouve les services de gériatrie.

L'ensemble du détail des EVA et des moyennes des 10 items est résumé dans le [tableau 13](#).

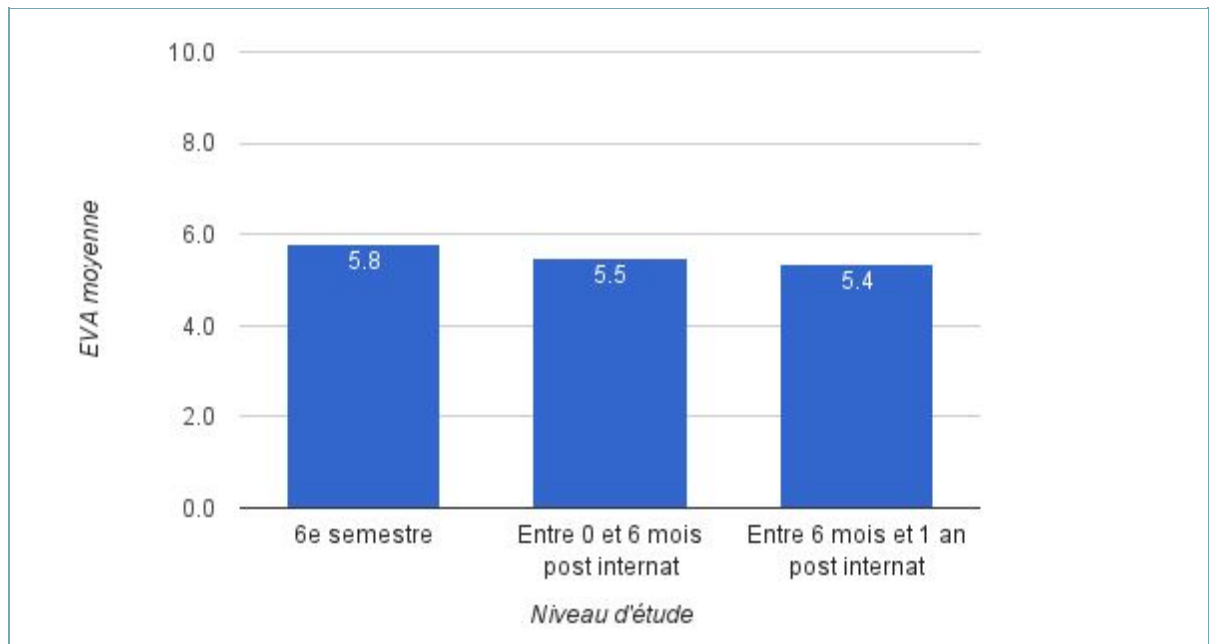
Tableau 13. Moyennes des auto-évaluations en fonction des terrains de stage

EVALUATION	Soins palliatifs (n=36)	Gériatrie (n=195)	médecine adulte avec lit de cancérologie (n=199)	Gériatrie ET médecine adulte avec lit de cancérologie (n=101)
Utilisation des morphiniques	3.27	2.83	2.85	2.89
Utilisation hypnovel	3.06	2.38	2.35	2.45
Gestion symptômes inconfort hors douleur	3.03	2.48	2.45	2.53
Gestion de l'entourage du patient	3.06	2.77	2.78	2.87
Gestion de la prise en charge psychologique du patient	2.73	2.43	2.43	2.43
Coordination des soins avec l'HAD	2.45	2.10	2.13	2.11
Coordination des soins dans le cadre d'un travail en équipe	2.61	2.44	2.39	2.47
Aborder la question de la fin de vie avec vos patients	3.00	2.71	2.78	2.84
Faire remplir et expliquer directives anticipées à vos patients	2.82	2.35	2.34	2.32
Elaborer un raisonnement éthique face à une situation complexe de fin de vie	2.73	2.49	2.45	2.45
Moyenne des 10 items	2.88	2.50	2.50	2.54
EVA	6.79	5.61	5.70	5.77

- EVA moyenne en fonction du niveau d'étude:

On obtenait une homogénéité des moyennes des EVA en fonction du niveau d'étude (Figure 7).

Figure 7. EVA moyenne en fonction du niveau d'étude

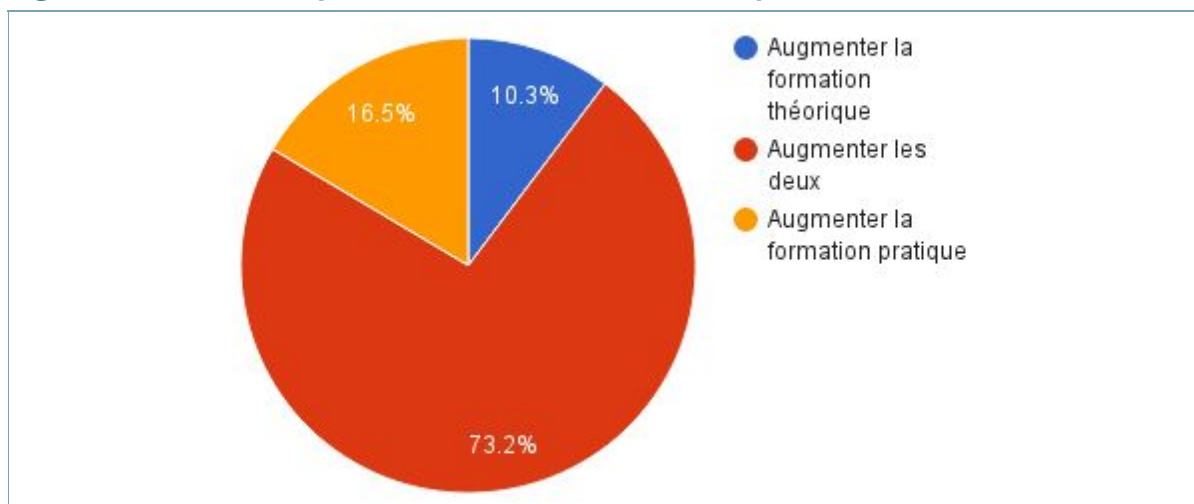


4. Amélioration de la formation

La dernière partie du questionnaire s'intéressait à l'avis des internes concernant leurs besoins de formation.

Ainsi plus de 70% des internes interrogés étaient favorables à l'augmentation de la formation théorique et de la formation pratique (Figure 8).

Figure 8. Estimation par les internes des besoins pour améliorer leur formation



Enfin nous avons posé différentes questions aux internes sur certaines améliorations de la formation mais également pour leurs futures formations médicales continues.

On retrouve de manière plutôt unanime que les internes souhaitent qu'on développe une formation théorique au bon usage des opiacés et des médicaments sédatifs au cours de leur internat

Ensuite on observe que 64% (n=218) des répondants souhaitent que l'on rende obligatoire un enseignement de soins palliatifs qui aborde en profondeur les différentes situations cliniques.

Sur la question d'exiger des médecins généralistes des formations régulières portant sur les soins palliatifs et sur les attitudes à adopter face à une personne malade en fin de vie , seulement une minorité des internes est favorables à cette initiative.

Enfin la majorité des participants à cette étude se montre défavorable sur le fait de rendre obligatoire un stage en soins palliatifs durant leur internat pour les internes de médecine générale (Tableau 14).

Tableau 14. Amélioration de la formation

	OUI	NON
Développer la formation au bon usage des opiacés et des médicaments sédatifs	92% n=313	8% n=27
Rendre obligatoire un enseignement de soins palliatifs qui aborde en profondeur les différentes situations cliniques	64% n=218	36% n=122
Exiger du médecin généraliste de faire des FMC régulières portant sur les soins palliatifs et sur les attitudes à adopter face à une personne malade en fin de vie	35% n=119	65% n=221
Rendre obligatoire pour les internes de médecine générale un stage en soins palliatifs durant leur internat	7,6% n=26	92,4% n=314

DISCUSSION

1. Discussion sur la méthode

1.1. Choix de la population

La démarche palliative devrait avoir pour vocation de sensibiliser l'ensemble des soignants quelle que soit leur spécialité. Dans le cadre de cette étude,, nous aurions pu nous intéresser à l'ensemble des internes toutes spécialités confondues, cependant, cette population aurait été très hétérogène en terme d'expérience et de formation médicale initiale.

Nous avons fait le choix d'axer cette thèse sur la fin de vie à domicile, puisque, comme décrit dans l'introduction, la demande sociale croissante de prise en charge à domicile, le vieillissement de la population, l'augmentation des fins de vie dans les structures médico-sociales, placent le médecin généraliste au centre de cette problématique.

Le choix de la population de médecins en fin de formation répondait à la volonté d'interroger des personnes à une période clef de leur formation; avec à la fois un regard neuf sur leur formation d'interne et une pratique débutante en médecine générale.

Enfin nous avons choisi en plus de la faculté de Lyon deux autres facultés. Nous avons voulu nous intéresser à des facultés différentes de celle de l'étude Poinceaux et Texier pour permettre des comparaisons. Nous avons ainsi effectué plusieurs demandes aux différentes facultés françaises et nous avons choisi par défaut celles ayant bien voulu nous donner accès aux adresses e-mails des internes concernés.

1.2. Choix d'un questionnaire

Nous avons choisi d'utiliser un auto-questionnaire pour notre étude. Certes, un recueil de données quantitatives n'est pas la méthode la plus adaptée pour obtenir des opinions et des sentiments sur un sujet, mais le questionnaire permet d'obtenir un plus grand nombre de réponses.

Ce sujet laissant malgré tout une grande place à la subjectivité, une partie intitulée « commentaires libres » permet l'expression de sentiments, de propositions ou de difficultés que nous n'avions pas suggérés.

Il s'agit de questions fermées ou à choix multiples pour faciliter l'analyse des données.

1.3. Choix de l'auto évaluation

Le choix de réaliser une auto-évaluation pour cette étude réside dans le fait qu'une approche professionnelle des compétences ne peut pas relever exclusivement d'une évaluation externe à la personne. Elle implique obligatoirement un processus d'auto-évaluation.

L'entraînement à l'auto-évaluation permet par ailleurs d'anticiper une situation professionnelle future et de s'inscrire dans une démarche de bilan de compétences [14].

1.4. Choix des critères d'évaluation des compétences

Les critères d'évaluation des compétences et l'élaboration des 10 questions a été réalisée à partir de plusieurs éléments :

1.4.1. Le trépied de la formation en soins palliatifs

Mallet et al dans une expérience partagée intitulée « la formation en soins palliatifs : une chance pour la médecine » définissent la pratique médicale par un trépied comportant trois axes [15]:

- Une composante technico-scientifique : Utilisation des morphiniques / de l'hypnovel / gestion des symptômes d'inconfort (nombreux et non détaillés dans cette étude).
Elle est « caractérisée par une volonté d'objectivation de la plainte dans un référentiel scientifique ».
- Une composante relationnelle : Prise en charge des proches et prise en charge psychologique du patient. Cette composante est « attentive à la subjectivité du patient et soucieuse de favoriser une rencontre entre deux personnes ».
- Une composante éthique qui se voudrait « interrogative, attentive à l'analyse de la situation et à l'élaboration d'un sens pour l'action ».

Ainsi d'après le Dr Mallet « *un des enjeux d'une formation en soins palliatifs serait de tenir cette triple compétence, sans en exclure ou en favoriser une* ».

Cette notion semble assez comparable à certains éléments de la définition européenne de la médecine générale [8]. On retrouve ainsi dans cette définition trois dimensions spécifiques qui doivent être considérées comme fondamentales : « la dimension contextuelle , comportementale et scientifique ».

1.4.2. La marguerite des compétences en médecine générale et la définition de compétence du département de médecine générale [16]:

Une compétence peut être définie ainsi: « *un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* ».

Les compétences professionnelles médicales relèvent de trois catégories : les savoirs , les savoir-faire et les savoir-être. Ainsi on peut les définir comme une association de savoirs menant à un savoir agir contextualisé qui n'est pas un processus stéréotypé mais au contraire un processus très « adaptable ».

Ces compétences mettent en jeu des processus cognitifs de niveaux différents et dans des champs également différents (biomédical, psychoaffectif, social, éthique, juridique), qui nécessitent de nombreuses connaissances, habiletés, procédures et comportements [17].

Les compétences à acquérir au cours du TCEM sont au nombre de six [16]. On retrouve ainsi :

- Relation, communication, approche centrée patient
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Education , prévention, dépistage
- Premiers recours, urgence
- Continuité, coordination, suivi
- Professionnalisme

1.4.3. Certaines thématiques abordées dans l'étude de Poiceaux et Texier [13]:

- Antalgique : Morphinique
- Symptômes et thérapeutiques associés
- Les intervenants ressources en médecine générale
- Deux items abordés dans deux parties différentes de notre questionnaire
Formation initiale et souhaits de formation initiale

Nous avons ainsi défini à partir de l'ensemble des éléments ci dessus 10 paramètres à évaluer permettant d'avoir un aperçu objectif des compétences des internes dans le domaine des soins palliatifs :

1. Utilisation des morphiniques
2. Utilisation de l'hypnovel à visée sédative
3. Gestion des symptômes d'inconfort en fin de vie (hors douleurs)
4. Gestion de l'entourage du patient
5. Gestion de la prise en charge psychologique du patient
6. Coordination des soins avec l'HAD
7. Coordination des soins dans le cadre d'un travail en équipe pluridisciplinaire
8. Faire remplir et expliquer les directives anticipées à vos patients
9. Aborder la question de la fin de vie avec vos patients
10. Tenir un raisonnement éthique face à une situation complexe de fin de vie

1.5. Choix du critère de jugement

L'ensemble des dix items devaient être remplis selon un codage extrait d'un guide d'auto-évaluation des doctorants [14]. Nous avons choisi d'utiliser cet outil pour notre étude car il est utilisé et validé. Après quelques modifications pour le simplifier il nous paraissait tout à fait adapté à notre étude.

Nous avons également choisi d'utiliser le principe de l'échelle visuelle analogique (EVA) pour apprécier la facilité ressentie des internes à gérer des situations de fin de vie.

Or, cet outil statistique validé pour l'auto-évaluation de la douleur, ne l'est pas pour rapporter le ressenti de soignants sur telle ou telle prise en charge. Il n'est ni validé, ni standardisé. Mais le but de cette étude n'est pas tant d'obtenir une vérité scientifique que d'analyser nos pratiques afin de les améliorer.

Afin de pouvoir hiérarchiser les items évalués dans ce questionnaire nous avons fusionné les réponses trois et quatre en considérant qu'à partir de trois (Je maîtrise cette compétence mais je peux encore l'améliorer) l'interne a acquis suffisamment de "savoir faire" dans ce domaine. Ceci nous a permis une classification des différents items et ainsi une meilleure comparaison.

1.6. Choix des questions concernant l'amélioration dans la formation

La dernière partie du questionnaire évaluait les pistes pour l'amélioration de la formation. Une première question interrogeait les internes sur le type de formation (théorique , pratique ou les deux) qu'ils souhaitent voir augmenter. La seconde était une question libre posée aux internes.

Le dernier groupe de questions est inspiré directement des propositions faites dans deux documents officiels visant à améliorer la formation en soins palliatifs. On constate que certaines propositions sont plutôt strictes, c'est pourquoi nous avons volontairement gardé les termes d'exiger/ obligatoire dans les dernières questions.

Le premier document est le rapport SICARD de Décembre 2012 [18]. Il est noté, à la fin de ce rapport, de demander à la conférence des doyens dès 2013 de :

1. Créer dans chaque université une filière universitaire spécifiquement destinée aux soins palliatifs.
2. Repenser en profondeur l'enseignement des études médicales afin que les attitudes curatives ne confisquent pas la totalité de l'enseignement :
 - Rendre **obligatoire** un enseignement de soins palliatifs
 - Développer la formation au bon usage des opiacés et des médicaments sédatifs.
 - Susciter un enseignement universitaire et en formation continue sur ce que l'on entend par « *obstination déraisonnable* ».
 - Apporter tout au long de leur *cursus* une formation aux étudiants en médecine à l'exigence de la relation humaine dans les situations de fin de vie et les amener à une réflexion sur les excès de la médicalisation.
 - Rendre **obligatoire** pour les étudiants, généralistes et spécialistes principalement concernés par les maladies graves, un stage en soins palliatifs durant leur internat.
3. Pour la formation continue des médecins, exiger qu'un des programmes de formation annuelle suivi par un médecin en activité, au moins une fois tous les trois ans, porte sur les soins palliatifs et sur les attitudes à adopter face à une personne malade en fin de vie.

Certains de ces items ont été repris également dans le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie rédigé par le ministère de la santé [3]. On pourra ainsi citer certaines mesures :

- Favoriser pour chaque étudiant, en filière médicale et paramédicale, la réalisation d'au moins un stage dans un dispositif spécialisé en soins palliatifs
- Mettre en place dans le troisième cycle des études médicales une formation spécialisée en soins palliatifs et en médecine de la douleur

1.7. Choix de la méthode de diffusion du questionnaire

Nous avons choisi de diffuser les questionnaires via internet avec un support informatique. Le mode de diffusion informatisé permettant d'après nous la collecte d'un nombre plus important de données qu'un support papier. Ce support présente également un intérêt financier évident.

Les limites du mode de diffusion via mailing list dans notre étude vient du fait que nous n'avions pas accès à celle ci. En effet un lien vers le questionnaire était d'abord envoyé aux secrétariats des différents DMG. Ensuite ils diffusaient eux même ce lien. Ainsi nous n'avons eu aucun contrôle sur les listes de diffusion ni sur l'exactitude de celles ci. Il est donc possible qu'il existe une sur ou sous estimation de la population recrutée. De même qu'il est envisageable que certains internes ne rentraient pas dans les critères d'inclusion de part leur niveau d'étude. Nous avons considéré que les internes qui auraient été dans ce cas ont cessé de répondre au questionnaire lors de la question n°4 portant sur le niveau d'étude.

1.8. Biais de l'étude

Un biais potentiel a été identifié avant la diffusion du questionnaire. Il s'agissait d'un biais de recrutement potentiel à cause du titre de l'étude. En effet on risquait de recruter principalement des internes intéressés par la thématique des soins palliatifs. Ainsi nous avons évité ce biais lors de la diffusion des questionnaires en précisant uniquement qu'il était question d'un questionnaire portant sur la formation des internes.

2. Discussion sur les résultats

2.1. Première partie : Profil

La majorité des répondants de notre étude étaient de sexe féminin (68,2%). Cette prépondérance féminine est assez représentative de la démographie médicale actuelle et de la féminisation de la profession. En France les femmes représentaient en 2010 plus de 60% des internes en formation [18]. Nos données sont également comparables au résultat (72%) de l'étude de POINCEAUX et TEXIER [13].

Le taux de participation de 38,24% (n=340) nous semble assez représentatif pour permettre l'extrapolation des données.

2.2. Deuxième partie : Formation initiale

2.2.1. Formation pratique

On a constaté que seulement 10% des internes avaient effectué un stage en service de soins palliatifs. Ces résultats sont cohérents compte tenu des différents terrains de stages proposés aux internes des trois facultés étudiées (Annexe 1) mais la réalité qu'ils reflètent est loin des objectifs du plan triennal 2015-2018 proposé par Madame Marisol TOURAINE et de ceux du rapport SICARD de 2012 [3,18].

Cependant nous avons mis en évidence que plus de 55% des internes ont réalisé un stage dans des structures ayant l'expérience des soins palliatifs, soit en gériatrie, soit en médecine adulte avec des lits de cancérologie et un tiers avait fait les deux.

Ces résultats nous semblent importants à souligner. En effet les services prenant en charge des patients en fin de vie font souvent appel, lorsqu'elles sont existantes sur l'hôpital, aux équipes mobiles de soins palliatifs.

Ces équipes pluri-professionnelles ont un rôle de conseil, de soutien et d'expertise en soins palliatifs mais également de formation [20].

Cette transmission de savoirs et les réflexions autour de la fin de vie sont probablement un plus dans la formation des internes.

Il serait d'ailleurs pertinent de s'y intéresser à travers une étude spécifique sur ce sujet. Ce serait également une piste à explorer pour permettre d'améliorer la formation des internes.

Au cours de leurs stages hospitaliers 99,4% (n=338) des internes ont répondu avoir pris en charge des patients en fin de vie. Ce résultat est comparable à celui de l'étude de Poinceaux et Texier [13].

2.2.2 Formation théorique

L'ensemble des données récoltées à propos de la formation théorique au cours du troisième cycle révèlent à la fois l'hétérogénéité des formations mais aussi la carence de celles-ci.

On se permet de rappeler que plus de 80% des répondants estiment cette formation à moins de 5h. Ces données encore une fois sont comparables à celles de l'étude de Poinceaux et TEXIER [13]. Par ailleurs il semble que la majorité des formations soient dispensées au cours des stages hospitaliers.

Il est difficile d'évaluer la qualité et la quantité de ces enseignements comme nous l'avons expliqué dans notre ANNEXE 1.

2.3. Troisième partie : Auto-évaluation

Les internes interrogés déclarent dans l'évaluation préliminaire que leurs formations théoriques et pratiques étaient insuffisantes. Ils ont acquis le plus de connaissances au cours de leurs stages hospitaliers. Nous avons analysé les réponses puis comparé celles ci à plusieurs paramètres.

Nous avons décrit dans les résultats deux thématiques pour lesquelles les internes se sentent compétents : 71% d'entre eux pour l'utilisation des morphiniques et plus de 60% pour la gestion de l'entourage du patient. Ces deux résultats peuvent s'expliquer par la transversalité des thématiques. La morphine n'est pas utilisée uniquement en soins palliatifs et la gestion de l'entourage du patient est une partie fondamentale de notre métier au quotidien.

A première vue, il semble donc que les internes soient bien formés quand à l'utilisation de la morphine. Mais ce résultat doit être interprété avec prudence. En effet dans leur étude Poinceaux et Texier [13] démontrent plutôt une carence de

formation dans ce domaine. Les auteurs abordent cette question de manière beaucoup plus précise et technique.

Ceci souligne les limites de notre étude et de son outil principal : l'auto-évaluation. Il peut exister un risque de surestimation des capacités des répondants.

Aborder la question de la fin de vie avec les patients semble ne pas poser de problème aux futures médecins.

Le domaine de la coordination que ce soit avec l'HAD ou dans le cadre d'un travail en équipe fait partie des thématiques qui semblent le plus poser de difficultés aux internes. A travers ces deux questions nous souhaitons souligner l'importance du travail en équipe et de la nécessité de coordination au cours de la prise en charge d'un patient en fin de vie.

L'observatoire national de la fin de vie insiste dans son rapport de 2013 sur la nécessité d'une véritable «coordination des soins» dans les situations de fin de vie à domicile. Mais une prise en charge aussi complexe ne peut pas graviter uniquement autour du médecin traitant [10].

Le développement et l'essor de plus en plus marqué des services d'hospitalisation à domicile (HAD) pourrait permettre de soulager le médecin traitant de ce rôle de coordination.

L'HAD est d'ailleurs souvent citée comme partenaire principal par les médecins généralistes dans les études portant sur les soins palliatifs à domicile [21,22].

Il serait donc important à l'avenir de redéfinir la place du médecin traitant dans ces prises en charge et/ou de former les générations futures à ce rôle de coordination.

Deux composantes « technico-scientifique » en soins palliatifs apparaissent comme problématique dans notre étude : l'utilisation de l'hypnovel et la gestion des symptômes d'inconfort hors douleur.

Les difficultés à prendre en charge les symptômes d'inconfort reviennent souvent dans la littérature. Les internes interrogés dans d'autres études estiment ne pas savoir gérer ces problématiques [13,23]. Plusieurs thèses ont décrit les difficultés psychiques causées par le manque de maîtrise technique des symptômes de fin de vie [22,24].

Les internes sont dans l'ensemble peu à l'aise avec l'utilisation de l'hypnovel mais cette question reste à développer.

Une majorité des internes interrogés dans d'autres études ont déjà utilisé l'hypnovel à visée anxiolytique ou sédatrice durant des gardes ou au cours de leur pratique [13,25]. Mais il serait intéressant de savoir si les difficultés rencontrées avec l'utilisation de l'hypnovel sont uniquement techniques ou si il existe d'autres freins comme la connaissance des indications et du cadre légal, les convictions personnelles.

C'est ce qu'ont recherché Robinet et al. dans une étude portant sur les généralistes maître de stage de la faculté de Lille [26]. Cette étude conclut que même si les

connaissances légales et les indications ne sont pas parfaitement maîtrisées il semble que la majorité des médecins interrogés soient sensibilisés à ce thème et possèdent les principaux éléments de réflexion.

Les difficultés rencontrées par les internes à propos des directives anticipées sont également retrouvées dans l'étude de Poinceaux et al. [13].

Les connaissances du cadre légal et des directives anticipées doivent être développées à l'avenir dans les formations théoriques. En effet deux articles ajoutés à la nouvelle loi encadrant la fin de vie donne au médecin traitant un rôle dans l'information sur les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance [9]. L'article 8 stipule que « le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées » et l'article 9 que « dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation».

L'incompréhension de la loi voire la méconnaissance de celle ci peut entraîner des difficultés au cours de la pratique future des médecins en formation. De plus la loi reste un outil indispensable à la prise de décision lors de la confrontation à des situations complexes. Il nous semble essentiel qu'à l'avenir les nouveaux droits et devoirs des médecins soit parfaitement maîtrisés. Cependant bien qu'une connaissance des lois soit indispensable, elle doit impérativement être associée à une bonne connaissance générale en soins palliatifs. En effet, face à une situation de fin de vie, il serait dangereux de baser les décisions uniquement sur la loi. Cette pratique entrainerait un risque de dérive.

Presque la moitié des internes sont à l'aise avec l'élaboration d'un raisonnement éthique face à une situation complexe de fin de vie. Cet enseignement nous semble indispensable. L'éthique devrait être, au même titre que la loi, considérée comme un outil à part entière. Elle est interrogative, doit être attentive à l'analyse de la situation et à l'élaboration d'un sens pour l'action. En apportant un sens à la prise en charge, ce troisième trépied de la prise en charge palliative permet de ne pas nous limiter uniquement à la délivrance de protocoles techniques [15].

Nous avons demandé aux internes d'évaluer leur capacité à prendre en charge des patients en fin de vie à l'aide d'une EVA. Cette méthode permettant d'avoir un avis général sur leurs compétences. On retrouve une moyenne des EVA plutôt faible à 5,6 mais plus de la moitié des étudiants s'évaluent avec une EVA comprise entre 6 et 10. Ce résultat est plutôt satisfaisant mais reflète bien l'hétérogénéité dans la formation des internes.

Cet outil, comme nous l'avons souligné plus haut, est validé pour la douleur uniquement. Les conclusions et analyse faites à l'aide de cette échelle sont donc à

interpréter avec prudence. L'intérêt principal étant qu'il nous a permis de faire des comparaisons entre différents paramètres.

Le premier élément important est qu'il n'existe pas de différence des EVA moyennes entre les facultés. On pourra donc considérer l'ensemble de notre population comme homogène pour la suite des comparaisons.

Lors de l'analyse comparative de l'EVA moyenne et des moyennes des 10 items, le nombre de patients pris en charge lors de l'internat ressort comme un des paramètres déterminants. Ce résultat est d'autant plus significatif qu'il existe une répartition plutôt homogène du nombre de patients pris en charge ([tableau 4](#)).

Nous nous apercevons ainsi qu'il faudrait que les internes de médecine générale prennent en charge entre 11 et 30 patients en fin de vie au cours de leur internat pour avoir une EVA (5,9) supérieure à la moyenne générale de 5,6. Mais pour être vraiment à l'aise dans ces prises en charge il faudrait qu'ils prennent en charge plus de 30 patients (EVA moyenne à 6,7 et moyenne des 10 items à 2,8).

Il apparaît que la différence des EVA moyennes en fonction du nombre d'heure de formation théorique est moins flagrante. De plus il nous est difficile d'interpréter de manière fiable ces résultats étant donné le faible échantillon d'internes ayant eu plus de six heures de formation (17,4% n=59). Cependant il semble qu'à partir de 11h de formation, les internes soient vraiment à l'aise avec une EVA moyenne à 7,1.

Un dernier élément de comparaison qui ressort de notre étude est le terrain de stage.

De manière logique on retrouve que les internes qui sont passés en unité de soins palliatifs sont très bien formés et se sentent tout à fait à l'aise pour prendre en charge des patients en fin de vie à domicile. On constate une EVA moyenne à 6,79 et une moyenne des 10 items à 2,88.

Deuxièmement on se rend compte que les internes ayant réalisé à la fois un stage en médecine adulte avec lits de cancérologie et en gériatrie sont mieux formés que ceux n'ayant fait que l'un des deux.

Ensuite on retrouve que les services de médecine adulte avec lits de cancérologie semblent un peu plus formateur que les services de gériatrie.

Ainsi, encore une fois, il semble que la formation pratique ressorte comme l'élément fondamental dans l'acquisition des compétences en soins palliatifs.

2.4. Quatrième partie : Amélioration de la formation

Les internes semblent majoritairement favorables à une augmentation à la fois de la formation pratique et théorique. Les quatre dernières questions, directement inspirées de deux rapports officiels [3,18] , ont démontré que les internes sont favorables à l'augmentation de la formation théorique mais sont unanimement contre l'obligation de passer en stage de soins palliatifs. Cette dernière proposition étant dans tous les cas irréalisable en pratique (Annexe 1).

Cependant il semble que ce soit la formation pratique, au lit du malade qui soit la plus à même de favoriser l'acquisition des compétences. Cette donnée, expliquée dans notre étude, est retrouvée dans la littérature internationale.

Ainsi Anderson et al. expliquent dans une étude publiée en 2008 que les étudiants ayant été le plus confrontés à la fin de vie au cours de leurs études ont une meilleure attitude face à la mort et de plus grande connaissance en soins palliatifs [27]

Il serait intéressant de prendre exemple sur le modèle d'enseignement anglo-saxon dont les méthodes sont basées sur des séminaires et discussions en petits groupes, des jeux de rôles (déjà en place dans la formation de médecine générale), les discussions autour de cas cliniques.

Les enseignements sont donnés de façon pluri professionnelle. Les items des formations abordent les soins palliatifs de manière très large avec en plus de l'aspect technico-scientifique, des composantes spirituelles et des réflexions éthiques [28;29]. Il n'existe pas d'enseignement idéal mais cet enseignement pourrait être une source d'inspiration possible pour notre système universitaire.

CONCLUSION

La culture palliative a pris une place centrale dans la société moderne, dans laquelle les représentations et les lois sur la fin de vie sont en pleine évolution. D'autre part, un accompagnement à domicile est de plus en plus plébiscité par les patients et le gouvernement.

Notre étude a permis de recueillir, à travers une auto-évaluation, le sentiment de compétence des internes en fin de cursus à la prise en charge de la fin de vie.

Globalement, les médecins en devenir s'estiment insuffisamment formés à cet aspect de leur pratique future. L'analyse des réponses à l'auto-évaluation fait effectivement apparaître un certain nombre de lacunes dans la formation. Cependant la moitié des internes semble, compte tenu de leur auto-évaluation, avoir acquis au cours de leur internat assez de compétences pour prendre en charge des patients en fin de vie à domicile.

L'utilisation des morphiniques s'avère être bien acquise par la majorité d'entre eux. Les deux autres composantes technico-scientifiques d'une prise en charge palliative (l'utilisation de l'hypnovel et la gestion des autres symptômes d'inconfort) paraissent quant à elles non maîtrisées par les internes.

La connaissance du cadre législatif (exploré à travers une question sur les directives anticipées), la coordination des soins et la réflexion éthique sont des éléments fondamentaux d'une bonne prise en charge.

L'analyse des auto-évaluations met à jour des carences importantes dans ces domaines là également.

Nous avons mis en évidence via notre étude que l'élément fondamental d'une bonne formation en soins palliatifs est la pratique au lit du malade.

Ainsi au cours du troisième cycle, les internes devraient prendre en charge au moins 30 patients en fin de vie et avoir effectué un stage dans des structures ayant une expérience en soins palliatifs (médecine adulte avec lits de cancérologie et/ou gériatrie).

Le passage obligatoire dans une unité de soins palliatifs comme suggéré par les différents rapports et plans gouvernementaux est irréalisable et non souhaité de manière quasi unanime par les internes.

Ainsi nous pensons qu'il faudrait continuer à donner aux internes de médecine générale la possibilité d'accéder aux stages hospitaliers et renforcer l'ouverture de postes dans les structures citées ci dessus.

Les médecins en devenir interrogés dans cette étude sont tous favorables à l'augmentation aussi bien de la formation pratique que de la formation théorique.

Dans les études portant sur les connaissances et les pratiques des médecins ou des internes il est souvent identifié des lacunes.

Toutes ces études concluent que l'on doit augmenter la formation des médecins. Si on dressait la liste de toutes les formations nécessaires à l'amélioration des pratiques, les internes et médecins seraient plus en formation qu'ils ne seraient auprès des patients. L'augmentation de la formation théorique a donc des limites.

Il apparaît au travers des réponses de notre étude que le nombre d'heures nécessaire à une bonne formation n'est pas le plus important. En effet à partir de 10 heures de formation, l'acquisition des compétences semblent assez optimale.

Il nous semble primordial de travailler sur le contenu et la forme des formations futures plutôt que sur le nombre d'heures à l'image du modèle d'enseignement anglo-saxon.

A travers notre rôle de médecin nous sommes amenés à prendre en charge et à accompagner des patients en fin de vie. Les patients et leur entourage se tournent vers nous pour les accompagner dans une des étapes clef de leur existence. Ce privilège et la confiance accordée par nos patients nécessitent de notre part une certaine maîtrise et des connaissances.

Il est de notre devoir d'acquérir aux différentes étapes de notre formation et au cours de notre carrière les outils nécessaires pour assurer cet accompagnement dans les meilleures conditions possibles.

Nom, prénom du candidat : LUTZ Colombar

CONCLUSIONS

La culture palliative a pris une place centrale dans la société moderne, dans laquelle les représentations et les lois sur la fin de vie sont en pleine évolution. D'autre part, un accompagnement à domicile est de plus en plus plébiscité par les patients et le gouvernement.

Notre étude a permis de recueillir, à travers une auto-évaluation, le sentiment de compétence des internes en fin de cursus à la prise en charge de la fin de vie.

Globalement, les médecins en devenir s'estiment insuffisamment formés à cet aspect de leur pratique future. L'analyse des réponses à l'auto-évaluation fait effectivement apparaître un certain nombre de lacunes dans la formation. Cependant la moitié des internes semble, compte tenu de leur auto-évaluation, avoir acquis au cours de leur internat assez de compétences pour prendre en charge des patients en fin de vie à domicile.

L'utilisation des morphiniques s'avère être bien acquise par la majorité d'entre eux. Les deux autres composantes technico-scientifiques d'une prise en charge palliative (l'utilisation de l'hypnovel et la gestion des autres symptômes d'inconfort) paraissent quant à elles non maîtrisée par les internes.

La connaissance du cadre législatif (exploré à travers une question sur les directives anticipées), la coordination des soins et la réflexion éthique sont des éléments fondamentaux d'une bonne prise en charge.

L'analyse des auto-évaluations met à jour des carences importantes dans ces domaines là également.

Nous avons mis en évidence via notre étude que l'élément fondamental d'une bonne formation en soins palliatifs est la pratique au lit du malade.

Ainsi au cours du troisième cycle, les internes devraient prendre en charge au moins 30 patients en fin de vie et avoir effectué un stage dans des structures ayant une expérience en soins palliatifs (médecine adulte avec lit de cancérologie et/ou gériatrie).

Le passage obligatoire dans une unité de soins palliatifs comme suggéré par les différents rapports et plans gouvernementaux est irréalisable et non souhaité de manière quasi unanime par les internes.

Ainsi nous pensons qu'il faudrait continuer à donner aux internes de médecine générale la possibilité d'accéder aux stages hospitaliers et renforcer l'ouverture de postes dans les structures citées ci dessus.

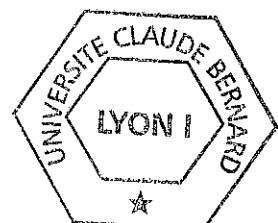
Les médecins en devenir interrogés dans cette étude sont tous favorables à l'augmentation aussi bien de la formation pratique que de la formation théorique.

Dans les études portant sur les connaissances et les pratiques des médecins ou des internes il est souvent identifié des lacunes.

Toutes ces études concluent que l'on doit augmenter la formation des médecins. Si on dressait la liste de toutes les formations nécessaires à l'amélioration des pratiques, les internes et médecins seraient plus en formation qu'ils ne seraient auprès des patients. L'augmentation de la formation théorique a donc des limites.

Il apparaît au travers des réponses de notre étude que le nombre d'heures nécessaire à une bonne formation n'est pas le plus important. En effet à partir de 10 heures de formation, l'acquisition des compétences semblent assez optimale.

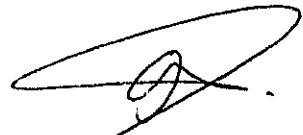
Il nous semble primordial de travailler sur le contenu et la forme des formations futures plutôt que sur le nombre d'heures à l'image du modèle d'enseignement anglo-saxon.



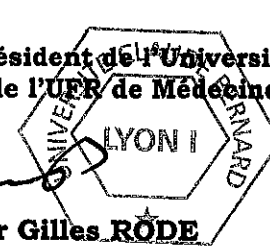
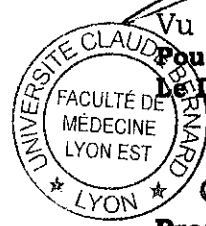
A travers notre rôle de médecin nous sommes amenés à prendre en charge et à accompagner des patients en fin de vie. Les patients et leur entourage se tournent vers nous pour les accompagner dans une des étapes clef de leur existence. Ce privilège et la confiance accordée par nos patients nécessitent de notre part une certaine maîtrise et des connaissances.

Il est de notre devoir d'acquérir aux différentes étapes de notre formation et au cours de notre carrière les outils nécessaires pour assurer cet accompagnement dans les meilleures conditions possibles.

Le Président de la thèse,
Professeur Jean-Pierre DUBOIS
Signature et cachet



Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est


Professeur Gilles RÔDE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **22 DEC. 2016**

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Observatoire national de la fin de vie. Rapport 2011. «Fin de vie : un premier état des lieux»
- [2] Dossier d'information. Mars 1999: Développement de l'offre de soins palliatif
<http://www.sfap.org/document/dossier-de-presse-concernant-le-plan-triennal>
- [3] Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie - 2015-2018. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes. 2015
- [4] Picheral H Géographie de la transition épidémiologique
Annales de Géographie Année 1989 Volume 98 Numéro 546 pp. 129-151
- [5] Enquête IFOP pour la fondation PFG, Les français et la mort. Novembre 2010.
- [6] INSEE : Répartition des décès selon le lieu de décès.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2117277?sommaire=2117290>
- [7] Direction générale de l'offre de soins.Octobre2012.Ameliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
- [8] WONCA. La définition européenne de la médecine générale . WONCA EUROPE 2002
- [9] LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- [10] Observatoire national de la fin de vie. Synthèse du rapport 2013 : «Vivre la fin de sa vie chez soi»
- [11] Arrêté du 21 avril 1994 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000731184&categorieLien=id>
- [12] Cosnefroy L. Le sentiment de compétence, un déterminant essentiel de l'intérêt pour les disciplines scolaires.
- [13] Poinceaux, Sarah, et Géraldine Texier. « Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? » Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique 15,n°1 (février 2016): 15-26. doi:10.1016/j.medpal.2015.06.006.
- [14] « Auto-évaluation des compétences professionnelles des doctorants ® - Guide pratique».http://www.univ-paris13.fr/ecole-doctorale-erasme/images/stories/guide_auto-evaluation.pdf.
- [15] Mallet D, Amar S, Béal J L, Hubault P, Lassaunière J M, Leboul D « La formation en soins palliatif : une chance pour la médecine? », Médecine Palliative, 6, n° 5 (octobre 2007): 289-98.

- [16] CARNET DE COMPÉTENCES: Aide à l'auto-évaluation des compétences. DES de médecine générale.DMG Lyon
- [17] Diem-Quyen Nguyen and Jean-Guy Blais Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique.Pedagog Med 2007;8:232-51
- [18] Sicard, Didier. « Penser solidairement la fin de vie RAPPORT A FRANCOIS HOLLANDE, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE - Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf », 18 décembre 2012.<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>.
- [19] FAUVET L., Les médecins au 1er janvier 2012, Document de travail, série Statistiques, DREES, N° 796 • mars 2012
- [20] Qu'est-ce qu'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?Centre national de ressources (<http://www.soin-palliatif.org/>) Octobre 2011
- [21] C.VANTOMME. Difficultés des médecins généralistes dans les prises en charge au domicile des patients en soins palliatifs. Enquête auprès de 268 médecins généralistes du Val de Marne. Thèse de doctorat de médecine, Créteil, 2007.
- [22] FORTANE V Enquete: les difficultés des médecins généraliste de Loire Atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leurs ressources actuelles et celles qu'ils souhaiteraient voir mises en place.These de médecine générale. Nantes 2010
- [23]Poinceaux S . Aperçu des compétences technico-scientifiques et légales des internes de médecine générale. Thèse faculté de médecine de Rennes
- [24] GAMET S Maîtrise des soins palliatifs à domicile. Enquête auprès des médecin généralistes des Vosges.Nancy 2004
- [25] BERTINET-KAWSKI E. (Thèse de médecine générale) L'accompagnement en fin de vie : Ressenti, pratiques et difficultés rencontrées par les internes de médecine générale. Enquête réalisée auprès des internes de médecine générale de la faculté de Nancy. Octobre 2013.
- [26] Robinet P et al. Sédation en médecine palliative au domicile : Enquête descriptive auprès des médecin généraliste. Médecine palliative-Soins de support-Accompagnement-Ethique 2015
- [27] Anderson WG,William J,Bost JE,Barnard D .Exposure to Death is Associated with Positive Attitudes and Higher Knowledge About End-of-Life Care in Graduating Medical Students.J Palliat Med. 2008 Nov; 11(9): 1227–1233.
- [28] Oriot D. De retour de Liverpool. Med Palliat 2009;8
- [29] Field D, WEE B. Preparation for palliative care: teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. Med Educ 2002

ANNEXE 1 : LA FORMATION EN SOINS PALLIATIFS EN FRANCE

1. Formation théorique :

La formations en soins palliatif au cours des études médicales, malgré les recommandations renouvelées des différents rapports, reste bien modeste.

La question de la mort et de la fin de vie a été introduite dans le premier cycle mais au sein d'un module très large.

Au cours du deuxième cycle, le nombre d'heures consacrées au module « douleur, soins palliatifs, anesthésie » peut varier de 2h à 35h selon les facultés.

Ultérieurement, la formation théorique proposé aux internes de médecine général au cours du TCEM regroupe les formations obligatoires et facultatives proposés par le DMG, les formations théoriques dispensées au cours des stages hospitaliers par les praticiens hospitaliers, les FMC de tous types, la formation personnelle, les DU/DIU et les DESC.

Les formations théoriques proposées par les différents DMG de notre étude sont représentées dans le tableau ci dessous. Les données sur les formations ont été récoltées début octobre 2016 sur les programmes de formation décrites sur les sites internet des différents DMG .

STRASBOURG	Aucune
LYON	Séminaire optionnel: -Séminaire éthique au quotidien -Séminaire fin de vie
MARSEILLE	MODULE 2: Positionnement éthique en Médecine Générale MODULE 19: Soins palliatifs et Médecine générale

Les formations hospitalières sont difficiles à détailler du faite de l'hétérogénéité des cours proposés au seins de ces structures. En ce qui concerne les hôpitaux de la région sanitaire de LYON il est souvent proposé un ou deux cours concernant les soins palliatifs durant le semestre de stage.

Les DU/DIU/DESC en soins palliatifs sont proposés dans les trois facultés concernées par notre étude. Ces diplômes universitaires sont accessibles durant

l'internat mais bien souvent réalisés en post internat. Ils durent entre un et deux ans et comportent environ 120 heures de cours théoriques et en moyenne deux semaines de stage. Dans les différents DIU proposés en France sur les soins palliatifs, selon l'ONFV, les médecins représentent seulement 28% des participants.

La formation continue reste elle aussi peu valorisée.

Ainsi il n'existe, à l'heure actuelle, aucune formation théorique obligatoire concernant la prise en charge des patients en fin de vie au cours de l'internat de médecine générale.

2. Formation pratique

On retrouve dans différents rapports et nous l'avons expliqué ci dessus qu'il existait une carence dans la formation théorique en soins palliatifs. A ces données s'ajoute le fait que les enseignements proposés ne semblent pas préparer suffisamment à la réalité des pratiques auxquelles sont confrontés les personnels soignants et qu'il persiste un manque de lieu de stage au sein des unités de soins palliatifs .

Nous avons étudiés à partir des listes de postes de l'ARS les différents terrains de stages proposés pour les choix de postes d'octobre 2016 des trois facultés de notre études. On retrouve qu'il existe quand même un certain nombre de lieux de stage dans des structures labellisées soins palliatifs. Mais comme le montre la liste des postes dans le tableau ci dessous, très souvent ce sont des terrains de stage "mixte" avec par exemple : Service de gériatrie et soins palliatifs. Les terrains de stages dans des services uniquement soins palliatifs restent rares.

FACULTÉ	Détails et lieu de stage	Total semestre	par	Total sur les 6 semestres
STRASBOURG	-CENTRE PAUL STRAUSS Soins d'accompagnement de jour FRASIE V. 1 poste -HÔPITAL DE HAUTEPIERRE Structure de soins palliatifs CALVEL L. 1 poste -ST VINCENT/Toussaint Soins Palliatifs et Douleur SIMON A./VIGNON V. 1 poste -C.H. HAGUENAU Gériatrie-Soins Palliatifs LACAVE Béatrice 4 postes	7 postes		7 × 6=42
LYON	-CH DE TRÉVOUX Soins de suite oncologie et soins palliatif: 2 postes -CH VALENCE USP : 1 poste -CH DE VIENNE : Service de pneumologie et USP : 2 postes -HÔPITAL DES CHARMETTES : USP : 1 poste - HCL EDOUARD HERRIOT USP : 1 poste -CENTRE LÉON BÉRARD : Soins de support en oncologie : 2 postes -LYON SUD USP : 1 poste -CH DE TARARE SSR soins palliatif : 1 poste	11 postes		11 × 6=66
MARSEILLE	Absence de réponse de l'ARS			

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

PROFIL

SEXE : Homme Femme

AGE :

Dans quelle université avez-vous effectué votre internat de médecine générale :

- LYON
- SAINT ETIENNE
- GRENOBLE
- CLERMONT FERRAND

Vous êtes : En 6^{ème} semestre d'internat
 6 premiers mois post internat
 Entre 6 mois et un an post internat

FORMATION INITIALE

1. Stages réalisés

Avez-vous au cours de votre internat	OUI	NON
Effectué un stage en soins palliatifs		
Effectué un stage de médecine adulte avec des lits de cancérologie (cancérologie, pneumologie, gastroentérologie)		
Effectué un stage en HAD		
Un stage en SASPASS		

2. Formations théoriques

Avez-vous au cours de votre internat	OUI	NON
Suivi des formations théoriques supplémentaires en soins palliatifs		

Si oui (plusieurs choix possibles) :

- DU/DESC de soins palliatifs
- Formation théorique dispensée par le DMG
- Formation théorique dispensée au cours des stages hospitaliers
- Formation théorique dispensée au cours des stages ambulatoires (FMC ou autres)

A combien d'heure estimez- vous votre formation théorique au cours de votre troisième cycle :

- Inexistant
- 0 à 5 h
- 5 à 10 h
- 10 à 15 h
- Plus de 15h

3. Formations pratiques

Au cours de vos stages hospitaliers	OUI	NON
Avez-vous pris en charge des patients en fin de vie ?		

Au cours de votre stage chez le praticien ou en SASPASS	OUI	NON
Avez-vous pris en charge des patients en fin de vie à domicile ?		

Combien de patient en fin de vie avez-vous pris en charge au cours de votre internat ?

- 0
- 1 à 10
- 10 à 20
- 20 à 50
- Plus de 50

ACQUISITION DES COMPETENCES

Pensez-vous que votre formation en soins palliatifs, durant l'internat, soit suffisante ?	OUI	NON
Formation théorique		
Formation pratique		

Où avez-vous acquis le plus de compétence dans le domaine des soins palliatifs de manière générale ?

- Au cours de votre formation théorique
- Au cours de votre formation pratique hospitalière
- Au cours de votre formation pratique ambulatoire

Comment qualifieriez-vous votre formation globale dans le domaine des soins palliatifs ? (Question ouverte) :

Pour les items suivant voici le codage

4	Je suis confiant dans mes capacités à déployer cette compétence
3	Je maîtrise cette compétence mais je peux encore l'améliorer
2	Mes capacités ou ma pratique sont insuffisantes et doivent être améliorées
1	Mes capacités ou ma pratique dans ce domaine sont faibles, je devrais y travailler très sérieusement
NP	Je n'ai pas besoin de cette compétence pour ma pratique

APPROCHE GLOBALE :	CODAGE
Utilisation des morphiniques	
Utilisation de l'hypnovel à visée sédatrice	
Gestion des symptômes d'inconforts en fin de vie (hors douleurs)	

RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT :	CODAGE
Gestion de l'entourage du patient	
Gestion de la prise en charge psychologique du patient	

COORDINATION DES SOINS :	CODAGE
Coordination des soins avec l'HAD	
Coordination des soins dans le cadre d'un travail en équipe pluridisciplinaire	

EDUCATION A LA SANTE :	CODAGE
Pensez-vous pouvoir faire remplir et expliquer les directives anticipées à vos patients ?	
Pensez-vous pouvoir aborder la question de la fin de vie avec	

vos patients	
--------------	--

PROFESSIONNALISME :	CODAGE
Pensez-vous avoir les capacités de tenir un raisonnement éthique face à une situation complexe de fin de vie ?	

De manière générale pensez-vous avoir les capacités de gérer en tant que médecin traitant la fin de vie de vos patients à domicile ?

Évaluez cette capacité sur cette EVA

1

10

AMELIORATION DANS LA FORMATION :

Quel serait selon vous les améliorations à apporter à la formation des générations futures dans le domaine des soins palliatifs :

- Augmenter la formation théorique
- Augmenter la formation pratique
- Augmenter les deux

Commentaire libre pour l'amélioration de la formation :

A propos de la formation théorique durant le troisième cycle	OUI	NON
Pensez-vous qu'il faille développer la formation au bon usage des opiacés et des médicaments sédatifs ?		
Pensez-vous qu'il faille rendre obligatoire un enseignement de soins palliatifs qui aborde en profondeur les différentes situations cliniques ?		

A propos de la formation médicale continue	OUI	NON
Pensez-vous qu'il faille exiger du médecin généraliste qu'il fasse une FMC tous les trois ans portant sur les soins palliatifs et sur les attitudes à adopter face à une personne malade en fin de vie ?		

A propos de la formation pratique	OUI	NON
Pensez-vous qu'il faille rendre obligatoire pour les internes de médecine générale un stage en soins palliatifs durant leur internat ?		

LUTZ Colomban

Soutenue publiquement le 26 janvier 2017

Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétents pour prendre en charge des patients en fin de vie ?

Auto-évaluation par questionnaire auprès de 340 internes des facultés de Strasbourg, Lyon et Marseille.

RESUME

Introduction.- En France, la fin de vie à domicile est de plus en plus souhaitée par les patients et préconisée par les pouvoirs publics. Le médecin généraliste est placé au centre de cette prise en charge. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer le sentiment de compétence des internes de médecine générale en fin de cursus à la prise en charge de la fin de vie.

Méthode.- Une étude transversale descriptive par questionnaire a été réalisée. La population ciblée était les internes de médecine générale en 6ème semestre et ceux ayant terminés leur internat depuis moins d'un an. Les internes étaient issus des trois facultés suivantes: Lyon, Marseille, Strasbourg. L'analyse statistique descriptive a été réalisée à l'aide des outils Excel.

Résultats.- Les difficultés principales retrouvées ont été la coordination des soins avec l'HAD et l'utilisation de l'hypnovel. L'utilisation des morphiniques semble acquise par la majorité des internes. La formation pratique semble plus efficace que la formation théorique.

Discussion.- Les difficultés rencontrées rejoignent celles de la littérature ou celles de l'observatoire nationale de la fin de vie. La formation pratique au lit du malade doit rester centrale au cours du troisième cycle.

Conclusion.- Globalement, les médecins en devenir s'estiment insuffisamment formés à cet aspect de leur pratique future. L'analyse des réponses à l'auto-évaluation fait effectivement apparaître un certain nombre de lacunes dans la formation. Cependant la moitié des internes semble, compte tenu de leur auto-évaluation, avoir acquis au cours de leur internat assez de compétences pour prendre en charge des patients en fin de vie à domicile. Il faut continuer à donner l'accès à la formation pratique et il nous semble primordial de travailler sur le contenu et la forme des formations théoriques futures plutôt que sur le nombre d'heure à l'image du modèle d'enseignement anglo-saxon.

MOTS CLES : Soins palliatifs; Médecine générale; Interne en médecine; Formation; Compétences

JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS

Membres : Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Madame le Professeur Marilène FILBET

Madame le Docteur Héloïse TRICHARD

ADRESSE POSTALE ET EMAIL DE L'AUTEUR

10 rue cardinal de Polignac 4300 le Puy en Velay
colombanlutz@gmail.com